

ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง ซม. | น้ำหนัก กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่าน กก.เดิม เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก.
- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/ไม่เสพ
- ท่านเคย ได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรค และการรักษาตามรายละเอียดในตารางด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ไม่เคย เคย

<input type="checkbox"/> โรคเมะเร็ง	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคประสาท	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคไต
<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคตับ หรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคชัก
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ
<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง		<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด ปรึกษาแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ที่มีใ้ระบุไว้ข้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์**

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย
() ()

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ: บิดา / มารดา
() ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ 2

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า กรมธรรม์เลขที่ กรณีไม่ต้องแสดงสุขภาพ ให้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1
สมาชิกเลขที่ ชื่อกลุ่ม กรณีต้องแสดงสุขภาพ ให้กรอก ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 865

ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล
เพศ ชาย หญิง | เชื้อชาติ สัญชาติ
ชื่อ-สกุล (เดิม)
ชื่อ-สกุล ภรรยา/สามี
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
ว.ป. เกิด อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา ปี
เลขประจำตัวประชาชน
เอกสารที่ใช้แสดง
 บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ
 หนังสือเดินทาง เลขที่
 วันหมดอายุ

ที่อยู่

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
จังหวัด รหัสไปรษณีย์
ที่อยู่ปัจจุบัน
จังหวัด รหัสไปรษณีย์
ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน

จังหวัด รหัสไปรษณีย์
สถานที่ติดต่อ
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน | ที่อยู่ปัจจุบัน | สถานที่ทำงาน
หมายเลขโทรศัพท์
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน
อีเมล

อาชีพ

อาชีพ / ตำแหน่ง / หน้าที่
ประเภทธุรกิจ รายได้รวมต่อปี

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

กรุณาระบุ ประเภทเงินกู้
วงเงินกู้ บาท

แบบประกันภัย

แบบประกันภัย ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี | จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
จำนวนเบี้ยประกันภัย บาท | จุดการชำระเบี้ยประกันภัยราย เดือน 3 เดือน 6 เดือน ปี

ผู้รับประโยชน์ (*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆ กัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ <input type="text"/>	ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ <input type="text"/>
เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> หรือ <input type="text"/>	เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> หรือ <input type="text"/>
หนังสือเดินทาง เลขที่ <input type="text"/> อายุ <input type="text"/> ปี	หนังสือเดินทาง เลขที่ <input type="text"/> อายุ <input type="text"/> ปี
ที่อยู่ <input type="text"/>	ที่อยู่ <input type="text"/>
ความสัมพันธ์ <input type="text"/> ส่วนแบ่ง <input type="text"/> %	ความสัมพันธ์ <input type="text"/> ส่วนแบ่ง <input type="text"/> %

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถาบันการเงิน / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำประกัน เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด ไม่เคย เคย

ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อวันที่
ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อวันที่